

**DEMANDE D’AIDE**

**POUR SOINS,**

**TRAITEMENTS MEDICAUX,**

**OU**

**MATERIEL ADAPTE**

**A UNE PATHOLOGIE LOURDE**

 **DE L’ENFANT**

**EMANANT Du service social de :**

**Personne de contact :**

**Tél/email/gsm :**



**RENSEIGNEMENTS SUR L’ENFANT ET SA FAMILLE :**

**NOM et prénom de la personne responsable de famille :**

**NOM et prénom de l’enfant pour lequel la demande est faite :**

**Lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Adresse électronique :**

**Tél/gsm :**

**BREVE DESCRIPTION DE LA SITUATION MEDICALE DE L’ENFANT :**

Vous pouvez joindre un avis médical.



**MEDECINS/INTITUTIONS**

**NOM et prénom du médecin traitant :**

**NOM et prénom du spécialiste responsable du suivi médical :**

**Clinique ou hôpital où les soins sont administrés :**

**AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES**

**Caisse d’allocation familiales :**

**Mutuelle (préciser le nom) :**

**Autre assurance complémentaire :**

**Y-a-t-il un remboursement du Fonds spécial de solidarité (FSS) ?**

**Que reste-t-il à charge des parents :**



**BREVE DESCRIPTION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DE LA DEMANDE :**

**LA FONDATION PEUT APPORTER SON AIDE POUR :**

 **Soins spécifiques : ⃝oui ⃝non**

Si oui : préciser le genre de soin :

**Aide pour traitement médical : ⃝oui ⃝non**

Si oui : préciser le montant non remboursable :

**Matériel adapté à la pathologie lourde de l’enfant : ⃝oui ⃝non**

Si oui : préciser la raison de tel matériel :

**AVIS DU COMITE SCIENTIFIQUE**

**Conclusion et remise d’avis au Conseil d’administration :**

**Avis sur la manière la plus judicieuse d’aide :**